

ФОРМА УПОВНОВАЖЕННЯ НА ВИДАЧУ/ОДЕРЖАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ

ІМ'Я КЛІЄНТА	НОМЕР СПРАВИ	МІСЦЕВИЙ ОФІС
--------------	--------------	---------------

ВИЗНАЧЕННЯ

Відділ Обслуговування на дому та обслуговування для населення району (HCS) (Home and Community Services (HCS)) це підрозділ Управи по обслуговуванню літніх та дорослих Відділу Соціального обслуговування та Охорони здоров'я. Aging Network охоплює дільничні установи по обслуговуванню літніх та їх субпідрядників.

Інформація про медичне обслуговування означає інформацію, як визначено у RCW 70.02 (що включає, але не є обмежено медичними оцінками стану, записами про лікування, діагнозами та звітами про хід вилікування і включає інформацію про психічне здоров'я, що підпадає під RCW 71.05, інформацію про HIV (СПІД) або захворювання, що поширюються статевим шляхом (STD), що підпадає під RCW 70.24, та інформацію про лікування від наркоманії або алкоголізму, що підпадає під RCW 70.96A.150 та 42 CFR Частина 2.

Соціальна інформація означає будь-яку інформацію, що належить до стосунків у громаді та особистих стосунків, таких як трудова біографія, імена осіб або організацій, з якими можна зв'язатися для одержання додаткової інформації, житлові умови, фінансова інформація та будь-яка інша не медична інформація, що допомагає визначити, чи ви маєте право на обслуговування, та планування обслуговування.

РОЗДІЛ 1 (клієнту треба поставити свої ініціали)

Я розумію, що інформація, вказана нижче, необхідна для того, щоб визначити або підтримувати моє право на обслуговування, яке я можу одержати від HCS або Aging Network.

Я уповноважую моїх представників з HCS або Aging Network **видати або отримати інформацію про медичне обслуговування та/або соціальну інформацію для або від інших DSHS управ та слідуючих медичних робітників або осіб:** _____ ініціали клієнта

ІМ'Я	ЗВАННЯ	ТЕЛЕФОН ()	Відмітьте все, що стосується вас <input type="checkbox"/> психічне здоров'я <input type="checkbox"/> медичне обслуговування <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) <input type="checkbox"/> наркоманія/алкоголізм <input type="checkbox"/> соціальне
ОРГАНІЗАЦІЯ	АДРЕСА		

ІМ'Я	ЗВАННЯ	ТЕЛЕФОН ()	<input type="checkbox"/> психічне здоров'я <input type="checkbox"/> медичне обслуговування <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) <input type="checkbox"/> наркоманія/алкоголізм <input type="checkbox"/> соціальне
ОРГАНІЗАЦІЯ	АДРЕСА		

ІМ'Я	ЗВАННЯ	ТЕЛЕФОН ()	<input type="checkbox"/> психічне здоров'я <input type="checkbox"/> медичне обслуговування <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) <input type="checkbox"/> наркоманія/алкоголізм <input type="checkbox"/> соціальне
ОРГАНІЗАЦІЯ	АДРЕСА		

ІМ'Я	ЗВАННЯ	ТЕЛЕФОН ()	<input type="checkbox"/> психічне здоров'я <input type="checkbox"/> медичне обслуговування <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) <input type="checkbox"/> наркоманія/алкоголізм <input type="checkbox"/> соціальне
ОРГАНІЗАЦІЯ	АДРЕСА		

ІМ'Я	ЗВАННЯ	ТЕЛЕФОН ()	<input type="checkbox"/> психічне здоров'я <input type="checkbox"/> медичне обслуговування <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) <input type="checkbox"/> наркоманія/алкоголізм <input type="checkbox"/> соціальне
ОРГАНІЗАЦІЯ	АДРЕСА		

РОЗДІЛ 2 (клієнту треба поставити свої ініціали, якщо застосовно)

Я уповноважую представників з HCS або Aging Network бути присутніми на нарадах стосовно догляду за мною у моїй установі/будинку для хворих та літніх для того, щоб відповідний план обслуговування був розроблений, коли мене випишуть. Я також уповноважую представника HCS або Aging Network зібрати мою фінансову інформацію з установи/будинку для хворих та літніх, тому що це необхідно для визначення, чи я маю право на Медикейд. _____ ініціали клієнта

РОЗДІЛ 3 (клієнту треба поставити свої ініціали)

Я уповноважую представника HCS або Aging Network видати слідуєчу інформацію про медичне обслуговування будь-якій особі, що надає обслуговування, установі, що надає обслуговування, сімейному дому для дорослих, що надає обслуговування, установі, що надає житло та харчування та надає обслуговування, або установі/будинку для хворих та літніх, що має контракт з DSHS/AAA, надати мені обслуговування: _____ ініціали клієнта

_____ Інформація про медичне обслуговування _____ Інформація про психічне здоров'я _____ Інформація про наркоманію/алкоголізм

_____ Інформація про HIV/AIDS/STD (СПІД/захворювання, що поширюються статевим шляхом) _____ Соціальна інформація

РОЗДІЛ 4 (клієнт або представник клієнта повинен підписати)

ПІДПИС КЛІЄНТА		ДАТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА КЛІЄНТА	ДАТА	ВІДНОШЕННЯ ДО КЛІЄНТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА СІТКИ HCS/AAA	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА ПРЕДСТАВНИКА СІТКИ HCS/AAA		

РОЗДІЛ 5 - ДЛЯ ТИХ, ХТО ОДЕРЖИТЬ ВИДАНУ ІНФОРМАЦІЮ

Інформація про лікування від наркоманії та алкоголізму:

Ця інформація була видана вам з записів у історії хвороби, що захищаються федеральними правилами про конфіденціальність (42 CFR Частина 2). Федеральні правила забороняють вам будь-яку видачу цієї інформації далі за виключенням того, коли видача цієї інформації далі чітко дозволяється у 42 CFR Чащині 2. Загального уповноваження для видачі медичної або іншої інформації НЕДОСТАТНЬО для цієї мети. Федеральні правила обмежують будь-яке застосування інформації для кримінального розслідування та порушення судової справи проти будь-якого хворого на алкоголізм або наркоманію.

Медична інформація, що стосується HIV/AIDS (СПІД) та захворювань, що поширюються статевим шляхом:

Ця інформація була видана вам з записів у історії хвороби, чия конфіденціальність захищається законом. Закон штата забороняє вам будь-яку видачу цієї інформації далі без спеціальної письмової згоди особи, якої це стосується, або як інакше дозволяється законами штата. Загального уповноваження для видачі медичної або іншої інформації НЕДОСТАТНЬО для цієї мети.

РОЗДІЛ 6 - ВІДМІНА ДОЗВОЛУ НА ВИДАЧУ

Ця згода може бути відмінена в будь-який час, за виключенням того випадку, якщо програмі, що повинна видати інформацію, на яку вона спирається, вже дали хід. Якщо не відмінена раніше, ця згода на видачу закінчиться через один рік після дати мого підпису вище. Інформація про медичне обслуговування, що може бути видана через це уповноваження, обмежується інформацією, що існувала на час дати цього уповноваження і що може існувати у межах одного року з тієї дати.

Я, _____ хочу відмінити цей дозвіл на видачу інформації з дати, вказаної нижче.

ІМ'Я КЛІЄНТА

ПІДПИС КЛІЄНТА		ДАТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА КЛІЄНТА	ДАТА	ВІДНОШЕННЯ ДО КЛІЄНТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА СІТКИ HCS/AAA	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ІНСТРУКЦІЇ

Ім'я клієнта та номер справи: Напишіть ім'я клієнта та номер справи у відповідних квадратах.

Місцевий офіс: Впишіть номер підрозділу офіса, що складає звіти, у відповідний квадратик.

Визначення: Перегляньте визначення з клієнтом для кращого розуміння.

Розділ 1:

- Перегляньте мову документа з клієнтом.
- Впишіть ім'я особи (осіб), що інформація буде видана їм або одержана від них.
- Відмітьте тип інформації, що буде видана або одержана.
- Попросіть клієнта поставити його/її ініціали на спеціальній рисі, що вказує на розуміння того, яка інформація буде видана/одержана і від кого.

Розділ 2:

- Перегляньте і попросіть клієнта поставити ініціали на цій заяві на той випадок, коли установа/будинок для хворих та літніх вимагає видачу інформації для того, щоб персонал:
 1. Був присутнім на нараді стосовно догляду за клієнтом;
 2. Збирав фінансову інформацію.

Розділ 3:

- Перегляньте і попросіть клієнта поставити ініціали на цій заяві, що свідчить про розуміння того, що інформація, що він/вона підписує своїми ініціалами, буде видана тим, хто предоставить обслуговування.
- Попросіть клієнта поставити ініціали на конкретній інформації, що буде видана.

Розділ 4:

- Попросіть клієнта або представника клієнта підписати (або помітити) і поставити дату на формі у відповідних квадратах.
- Констатуйте відношення, що представник клієнта або свідок має до клієнта.
- Як соціальний робітник або робітник, що веде справу, підпишіть форму і поставте дату.
- Запишіть вашу адресу та номер телефону у відповідних квадратах.

Розділ 5:

- Поясніть клієнту, що ця форма може бути відмінена в будь-який час.
- Якщо клієнт хоче відмінити форму Видачі/Одержання інформації, перегляньте мову документа з клієнтом.
- Напишіть ім'я клієнта печатними літерами там, де говориться "Я, _____ хочу відмінити цей дозвіл на видачу інформації з дати, вказаної нижче."
- Попросіть клієнта підписати і поставити дату на формі у відповідних квадратах.
- Констатуйте відношення, що представник клієнта або свідок має до клієнта.